

Referat fra ordinært møde i URSARNS arbejdsgruppe den 05.02.09.

Tilstedeværende:

Jan Greve. Jens Petersen. Berit Handberg. Hanne Lippert. Cecilie Lodahl Vestergaard, Claus T. Petersen. Jørgen Arenkiel Nielsen, Max Povey. Jens Daugaard. Astrid Soldal. Dorte Keld. Mona Tarpgaard. Peter Zeppernick. Anne Mette Schiødt Andersen. Hans Ole Holdgaard. Svein Åge Roth. Odd Ravlo. Minna Jørgensen Skov-Nielsen. Christine Hvas, Inga K Madsen og Peter Mouridsen.

1. Hans Ole bød pænt velkommen.

2. Ordstyrer: Inga.

Referent: Peter Mouridsen.

3. UDDANNELSESPLANLÆGNING:

Hans Ole redegjorde kort for status mhp. de afdelinger, der er i spil i forhold til introduktionsuddannelse – ikke introduktionsuddannelse, Silkeborg og Holstebro.

Ad Silkeborg: Abdominalkirurgien er lukket, medens akutmodtagelsen fortsætter. Denne er i nonselekteret funktion planlagt lukket ultimo 2009. Allerede nu visiteres akutte abdominalkirurgiske patienter og en del traumer til regionens øvrige regionshospitalet med nonselekteret akut modtagefunktion. Herefter fortsætter det som et elektivt sygehus. Silkeborg vurderes stærkt i uddannelse i anæstesidelen og vil i fremtiden have en visiteret funktion for medicinske patienter. Desuden præhospitalsfunktion i dagtid

Ad Holstebro: Der er ikke noget abdominal kirurgi og ingen traumemodtagelse aktuelt. Der er dog fortsat områdefunktion for urologi og øre-næse-halskirurgi og visiteret akut indtag for urologi, ortopædkirurgi, øre-næse-halskirurgi og medicinske patienter. Herudover er der præhospitalsfunktion.

I anæstesien har vi i alt en dimensionering på 27-36 introduktionsstillinger. De 27 er basisdimensioneringen og er finansieret på sædvanlig vis (75 %). Herudover har vi yderligere 9 stillinger – op til den maksimale dimensionering (SST) på 36 introduktionsstillinger. Disse stillinger skal fordeles på en måde der tager hensyn til hospitalernes funktioner, således at de hospitaler der har flest funktionsområder primært tilgodeses.

Jan Greve holdt herefter et indlæg om beslutningsprocessen ifm. introduktionsstillinger. Sundhedsstyrelsen har som udgangspunkt skitseret modellen, der hedder mellem 1,5 og 2 introduktionsstillinger per hoveduddannelsesforløb; men økonomien er relateret til de 1,5. Det betyder at den sædvanlige finansiering (d.v.s. 75 %) er bundet op på basisdimensioneringen. Den yderligere stillingsmasse på 9 stillinger op til i alt

36 stillinger er regionerne ikke forpligtiget til at finansiere på samme måde og det er sådan at afdelingerne selv skal finansiere disse.

Det Regionale Råd har sanktioneret vores ønske om i alt 36 introduktionsstillinger. Fordelingen af både basisdimensioneringen (27 stillinger) og de yderligere 9 stillinger vil være et samspil mellem vores indstilling og de politiske interesser der måtte være i spil. Fra politisk side lægger man meget vægt på at uddannelsespotentialer på alle hospitaler i regionen udnyttes – under behørig hensyntagen til det faglige miljø og patientgrundlaget. Vores indstilling vil således være genstand for en afvejning af samspillet med andre interesser og dette vil Det Regionale Råds beslutning være en konsekvens af.

Beslutninger i Det Regionale Råd kan ankes til Sundhedsstyrelsen, hvis man ikke er tilfreds. Det er dog endnu ikke sket, at Det Regionale råds beslutning er blevet omstødt.

Vedrørende Holstebro og Silkeborg anmoder Jan Greve os om at revurdere vores holdninger. Der vil helt klart være interessekonflikter mellem politikerne, de yngre læger og de uddannelsesgivende læger. Det synes at skulle blive en afvejning mellem faglige interesser og politiske interesser.

Anæstesi er bestemt ikke det eneste speciale der pt. har diskussioner om problematikken som formentlig vil accentueres fremover. Fremtidens sundhedsvæsen vil med stor sandsynlighed blive indrettet/planlagt sådan at hospitaler vil have forskellige funktionsområder. Nogle hospitaler vil nærmest udelukkende have elektive funktioner, men stadig i en størrelsesorden så man må vurdere om det ikke bør/kan anvendes uddannelsesmæssigt. En del specialbehandlinger (rectumkirurgi etc.) vil formentlig være placeret på kun 1-3 matrikler. Andre hospitaler vil have de mere akutte funktioner som måske ud fra et uddannelsessynspunkt synes mere optimalt som uddannelsespotentialer. Måske ville en kombination af de forskellige uddannelsesmuligheder passe bedst til den måde hospitalsstrukturen i hvert fald lige nu synes at blive.

Kommentarer til Jans indlæg:

Berit Handberg og Dorte Keld anførte begge at de mener at den bedste uddannelseskvalitet og -faglighed vil være når uddannelsen foregår på én matrikel i introduktionsåret – altså at de uddannelsessøgende ikke skal være på to matrikler. Herudover anførte de at uddannelsesstederne så naturligvis også burde kunne opfylde alle de krav målbeskrivelsen stiller. De anførte dog også at det kunne se ud til at nogle af de hospitaler der ikke kunne opfylde vores kriterier vil have et sådant volumen af behandlinger (= patienter) at der ville gå et ikke ubetydeligt uddannelsespotentialer tabt.

I diskussionen blev det fremhævet at Hospitalsenheden Vest (HEV) er én enhed, men altså 2 matrikler og skulle betragtes som sådan.

Diskussionen bølgede herefter omkring det betimelige i at beholde introduktionsuddannelsen i en form i HEV, som talte 4 måneder i Herning, herefter 4 måneder i Holstebro og herefter 4 afsluttende måneder i Herning og en Silkeborgmodel, som nu er uden abdominalkirurgi og om et år, efter planerne, også uden akut modtagefunktion.

Fordelingen af stillinger blev diskuteret. Der var enighed om at de hospitaler der var 4-strengede, altså med de 4 grundspecialer og akut nonselekteret modtagefunktion skal være de afdelinger der primært modtager introduktionsuddannelsessøgende læger. Den ændrede hospitalsstruktur betyder derfor at der nødvendigvis må ske en reallokering af de stillinger der indgår i basisdimensioneringen på 27 stillinger. Rent praktisk betyder det at Horsens må have nogle flere stillinger medens Silkeborg, der udvikler sig mere og mere til et elektivt hospital skal reduceres i stillingsmængde. Horsens bør/skal ligestilles med de øvrige hospitaler med firedeelt funktion (grundspecialerne) og nonselekteret akut modtagefunktion. Horsens bør derfor have mindst 5 af de 27 "basis-dimensioneringsstillinger".

Roth: Målbeskrivelsen er ikke mantra. Det er vigtigt, at man har en god kontakt med sin vejleder og følger sammen med én lægestab, som Christine Hvas mente var meget vigtigt - så man kender hinanden i uddannelsessituationen.

Efter en lang diskussion, blev URSARN medlemmerne enige om, at det man kræver af et introduktionsuddannelsessted er 12 måneders samlet ansættelse på én matrikel, så man har mulighed for at føle sig ét med det personale, man nu arbejder sammen med og så afdelingen har mulighed for at give kvalificeret karrierevejledning midtvejs i ansættelsen.

At Holstebro, som selvstændig matrikel, bliver godkendt til uddannelse af introduktionsreservelæger med et fokuseret ophold, evt. i Herning eller et andet sted, med traumemodtagelse som specifikt mål og bedøvelse af akutte abdominalkirurgiske ptt. i 2 x 14 dage max. (d.v.s. 20 arbejdsdage) idet man vedtog, at de fokuserede ophold maksimalt måtte andrage 1 måned af introduktionsansættelsen på 12 måneder.

Hvad angår Silkeborg, ville man også her opretholde introduktionsuddannelsen, da man, ifølge mange, ville lade et kæmpepotentialer gå til spilde. Dertil knyttes så et fokuseret ophold i eksempelvis Viborg mhp. traumefunktionen. Antallet af reservelæger i Silkeborg, vil blive reduceret fra 5 til 2 i basisfordeling (27 stillinger), men 3 ved 36 stillinger, da man antog, at den bedste uddannelse ville fås de steder, som var fuldgældige med hele introduktionspakken - og d.v.s. de fire grundspecialer og nonselekteret akut modtagefunktion.

Den administrerende overlæge Jens Daugaard vil jo stå inde for, at det man evt. ikke fik i den akutte del af introduktionsuddannelsen, vil man kunne erstatte med en teoretisk oplæring i disse discipliner.

URSARN er imidlertid af den opfattelse, at det er vigtigt, at man bliver prøvet af som introduktionsreservelæge - hvordan man reagerer i akutte situationer. Teoretisk oplæring i akutte situationer vil ikke kunne erstatte en praktisk klinisk oplæring, men måske nok kunne supplere denne. Ikke fordi der ikke er akutte situationer på et hospital uden akut modtagefunktion. Der vil naturligvis

være akutte kliniske situationer indenfor et hospitals 4 vægge, som man kan øve sig på.

Inspektør rapporter fra flere sider blev fremhævet som en god dokumentation for, at afdelingen var egnet til uddannelse af introduktionsreservelæger. Men inspektør Odd Ravlo tilbageviste dette, da alle inspektorrapporter i virkeligheden skal være meget positive, fordi det skal være en løftestang for afdelingens uddannelsesmuligheder.

Anne Mette Skjødt Andersen gjorde opmærksom på store forskelle i de forskellige introduktionsuddannelser, der eksisterer i dag. Når man mødtes med kolleger, som havde uddannelse fra andre steder, var der meget stor forskel på, hvad de var gode til – hvad der var vægtet. Svend Åge Rodt sagde det samme. Der var ikke nogen garanti for, hvis man kom fra et stort, fint introduktionshospital, at man var bedre, end dem der kom fra et hospital, der teoretisk var knapt så egnede.

Hans Ole Holdgaard gjorde opmærksom på, at de forudsætninger man havde, for at designe uddannelsen tilbage i 2003/2004 var helt anderledes end i dag, hvor politikerne spiller en stor, afgørende rolle for, hvad man kan komme igennem med. Han lagde det op som 2 delmængder, som hed uddannelse og regionsinteresser hvor det var fællesmængden der var interessant. Det er ikke hensigten at færdighedstræning kan erstatte klinisk læring. Simulation og færdighedskompetencerne skal betragtes som et supplerende og uddannelsesforbedrende element og ikke som hel eller delvis erstatning af læring af kliniske kompetencer.

Fordeling af introduktionsstillinger.

Forudsætningerne for nedenstående fordeling af introduktionsstillinger til de anæstesiologiske afdelinger kan opsummeres til at være flg.:

1. Anæstesiaafdelinger med firedeelt funktion (alle fire grundspecialer) og nonselekteret akut modtagefunktion betragtes som værende de afdelinger der har det største uddannelsespotentiale. Det er derfor URSARNs opfattelse at disse afdelinger skal tildeles flest introduktionsstillinger, men
2. det er også URSARNs opfattelse at anæstesiaafdelinger der ikke opfylder det i pkt. 1 anførte bør deltage i introduktionsuddannelsen med behørig hensyntagen til de funktionsområder der er tilknyttet afdelingen/hospitalet. Da disse afdelingers uddannelsespotentiale ikke er optimale bør disse afdelinger have mulighed for at supplere uddannelsen med fokuserede ophold som beskrevet og d.v.s. maksimalt to fokuserede ophold á 10 arbejdsdage.

Uddannelsesgivende afdelinger

Uddannelsesgivende afdelinger	Fordeling af 24 introduktionsstillinger.	Fordeling af 27 introduktionsstillinger.	Fordeling af 36 introduktionsstillinger.
Anæstesi- og intensiv afdeling, Sygehus Vendsyssel, Hjørring Bispensgade 37, 9800 Hjørring	4	5	6
Anæstesiologisk afdeling A og Intensiv afdeling Regionshospitalet Randers Skovlyvej 1, 8900 Randers	5	5	7
Anæstesiologisk afdeling Regionshospitalet Viborg Heibergs Allé 4, 8800 Viborg	5	5	7
Anæstesi- og operationsafdeling Hospitalsenhed Vest, Herning Gl. Landevej 61, 7400 Herning	3	3	6
Anæstesiafdelingen Hospitalsenhed Vest, Holstebro Lægårdsvej 12, 7500 Holstebro	2	2	2
Anæstesiologisk/intensiv afdeling Regionshospitalet Silkeborg Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg	5	2	3
Anæstesiologisk afdeling Regionshospitalet Horsens Sundvej 30, 8700 Horsens	0	5	5
Total	24	27	36

Berit Handberg anfører at fordelingen af introduktionsuddannelsessøgende læger ikke skal afhænge af opretholdelsen af et forvagtsslag.

Introduktionsuddannelser på de store hospitaler, som i SKEJBY, er ikke aktuel. Vi skal have fordelt de 27 bedste pladser på de hospitaler, der nu er i spil (se ovenfor).

Efter kaffen havde vi en detaillidiskussion om de ting, der skulle opfyldes i Holstebro og Silkeborg, for at de kan godkendes til introduktionsuddannelsen. De fleste af de ting er nævnt i det ovenstående, nemlig at man har ét sted, hvor man har vagt, ét sted hvor man lærer personalet godt at kende og ikke har opdelt matrikler, hvor uddannelsen foregår. Man har mulighed for at supplere de steder, hvor der mangler 1 eller maksimalt 2 elementer. på andre hospitaler, f.eks. traumemodtagelse, akut kirurgi og/eller ét af de fire grundspecialer.

De fokuserede ophold, man skulle tilbydes, skulle være helt klart dedikerede til den ene funktion man manglede, således at der var et specielt intensivt program og fokus på den enkelte læge.

4. Referat fra sidst blev godkendt.

5.

Cecilie har desværre forladt mødet. Har ikke så voldsomt mange nyheder, havde vi hørt.

a. Vi har nu modtaget udstyret til færdighedstræning med CVK, spinal/epidural og rygmodeller, Arteriekateter/-punktur, voksenintubationstrænere samt luftvejshåndtering af nyfødte (SimNewB). Der er stadigvæk problemer med biblioteks- og transportlogistikfunktionerne.

Indtil videre har de hospitaler, der har introduktionsuddannelse, fået en prøve med hjem af hver af delene og lovning på at have det stående til det bliver frigjort engang i august.

Vi skal melde tilbage på funktionen og finurligheder omkring de enkelte elementer, til næste møde i maj 2009. Næste møde vil således blive et temamøde vedr. implementeringen af specielt færdighedstræning, men også simulation. Vi gennemdiskuterer simpelthen implementeringsdelen (logistik, vedligeholdelse af udstyret, opsætning af udstyret, færdighedskort m.m.).

Indtil biblioteks- og transportlogistikken er på plads er vi henvist til at placere udstyret på afdelingerne, men der er ikke tilstrækkeligt udstyr til at hver afdeling kan få "et sæt". Vi aftalte derfor primært at følgende afdelinger vil deles om et sæt hvor det er nødvendigt:

Herning og Holstebro og
Horsens og Silkeborg.

Der vil blive fulgt op heromkring ved næste møde.

Vi planlægger med opstart af formaliseret brug af den beskrevne færdighedstræning per 1. august 2009 i både introduktions- og hoveduddannelsen.

b. Forskningstræning: Det flyder med styringen af forskningstræningen og specielt vedrørende de skriftlige aftaler. Hans Ole var lidt frustreret over, at de unge mennesker ikke selv kunne finde ud af det og anfører derfor at der vil ske en opstramning. I øjeblikket arbejdes der herpå. Beskrivelsen forventes færdig til næste møde.

Odd Ravlo foreslog, at vi ifm. start i hoveduddannelsesstilling, simpelthen bookede dem ind helt automatisk, således at dette problem kunne elimineres. Der var bred enighed om at det var løsningen. PHD'erne skulle selvfølgelig frasorteres.

6.

PKL info

Den 18.02.09 skal man have sendt uddannelsesprogrammet til Regionen og Hans Ole Holdgaard efterlyser programmerne til gennemlæsning inden, så senest den 14.02.09 til 15.02.09 skal det være Hans Ole i hænde.

Simulation: Simulatorinstruktørkurset er fyldt op. Man gør opmærksom på, at man også kan erhverve sig kompetence med simulatorundervisning i København på DIMS, hvor der også kører kurser. Vi vil forsøge at etablere endnu et kursus i Videreuddannelsesregion Nord senere i år.

E-learning, et nationalt problem perspektiv.

7.

INTRODUKTIONSKURSER.

Det har været nævnt, at de kurser, som ikke har status af simulation, foreløbig kun 1. - har planlagt yderligere 2, vil få en form for rotation indbygget, således at emnerne skifter hver 2.-3. år. I første omgang "piller" vi ikke ved noget det første år.

Horsens og Silkeborg vil samarbejde om kurset i regionalanæstesi og smertebehandling.

8.

NYT FRA INSPEKTORERNE (Inspektorårsmødet)

Man må stærkt overveje, at den private del af det danske hospitalsvæsen, ifm. at den øges så kraftigt, som den gør i disse år, vil være en spiller på banen ifm. uddannelsen.

Odd gjorde opmærksom på en opgørelse, der også blev fremlagt på inspektorårsmødet – om det danske sundhedsbudget ifm. udvikling fra 1970 til nu. At Danmark ligger langt, langt under gennemsnittet af de europæiske lande, vi sammenligner os med normalt og Norge, hvor sundhedsudgifterne er helt eksploderende. Så vi er ikke dyrere herhjemme. Vi havde måske et højt udgangspunkt, da us. blev "skudt i gang" i 1970'erne, i forhold til de andre lande; men vi halter rigtig meget bagud, efter hvad den sundhedsøkonom, der underholdt, mente.

Odd gjorde også opmærksom på porteføljernes uddannelsesplaner, som har været fokusområde i sundhedsstyrelsen i lang tid og som halter på mange afdelinger.

Vi havde god ro og orden det meste af vejen.

De næste mødedatoer i resten er 2009 blev som følger:

07.05.09 i Viborg.

10.09.09 i Horsens.

26.11.09 i Randers.

I maj bliver der møde i plenumgruppen i Viborg.

Peter Mouridsen.19.02.09.

